

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

457

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 23 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Henri CLERGET

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Contribution à l'Etude
DE L'ILIOPSOÏTE

ET

Recherches sur sa Pathogénie

Président : M. RECLUS, professeur

Juges { MM. HARTMANN, professeur
FAURE, agrégé
OMBREDANNE, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1909

457

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 23 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

Henri CLERGET

Ancien Interne des Hôpitaux de Reims

Contribution à l'Etude

DE L'ILIOPSOÏTE

ET

Recherches sur sa Pathogénie



Président : M. RECLUS, professeur

Juges { *MM. HARTMANN, professeur*
FAURE, agrégé
OMBREDANNE, agrégé

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, Rue Casimir-Delavigne, 1

—
1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS.	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHEL
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	BOUCHARD
Pathologie médicale	{ BRISSAUD
	{ DEJERINE
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	PIERRE MARIE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène.	CHANTEMESSE
Médecine légale.	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
	{ HAYEM
	{ DIEULAFOY
Clinique médicale.	{ DEBOVE
	{ LANDOUZY
	{ HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND
	{ DELBET
Clinique chirurgicale.	{ QUENU
	{ RECLUS
	{ SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	{ PINARD
Clinique d'accouchements	{ BAR
	{ RIBEMONT-DESSAIGNES
	{ POZZI
Clinique gynécologique.	KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.	
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECLUS

professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

A MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ILIOPSOITE
Et Recherches sur sa Pathogénie

INTRODUCTION

La psoïtis, inflammation et suppuration du psoas, est connue depuis longtemps et cette maladie était même beaucoup plus fréquente autrefois dans l'ère préantiseptique. Aussi elle a fait l'objet de nombreux travaux qui en décrivent fort bien la marche et les symptômes et qui en discutent le traitement. Le pronostic était d'ailleurs réputé fort grave. Malgré cela, l'étiologie en est restée obscure et de nombreuses hypothèses plus ou moins fondées ont été émises à ce point de vue.

Il nous semble aujourd'hui que l'origine de la psoïtis doit être élucidée et qu'on doit l'attribuer à la propagation au psoas d'inflammations abdominales circonscrites et en

particulier à la propagation de lésions appendiculaires et péri-appendiculaires.

Gangolphe et son élève Couraud avaient déjà vu la relation qui existait entre le psoas et l'appendice, mais pour eux l'appendice était une cause parmi les autres et ils n'en conservaient pas moins les anciennes théories.

Or nous pensons avec notre maître Lardennois qui nous a inspiré cette thèse, que l'origine abdominale et appendiculaire de la psoïtis est à peu près la seule et c'est avec l'aide de ses précieux conseils dont nous le remercions vivement ici que nous allons essayer d'établir cette étiologie.

Nous tenons aussi à témoigner notre gratitude à nos professeurs de l'école de Reims qui nous ont guidé dans nos premières études et à M. le professeur Reclus qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

DÉFINITION

Jusqu'aujourd'hui les auteurs ont donné le nom de psoïtis à toute inflammation suppurée ou non, superficielle ou profonde, développée dans le psoas iliaque.

Il semble qu'ils aient fait abstraction du muscle iliaque proprement dit ; cependant les lésions ne restent pas confinées à la seule partie psoas, mais le plus souvent elles envahissent le muscle iliaque. En effet, des deux parties constituantes du muscle, la partie iliaque est la plus fréquemment atteinte et la plus altérée. L'incision est toujours pratiquée dans la fosse iliaque sur le muscle iliaque et non sur le psoas.

En conséquence, il nous semble plus rationnel de donner à cette affection le nom d'*iliopsoïte*, qui montre bien que les deux parties constituantes de l'iliopsoas sont altérées par la myosite. C'est donc par cette appellation que nous désignerons désormais ce que jusqu'ici on appelait la psoïtis.

ANATOMIE

Psoas — Et loge du Psoas

La région où se développe l'iliopsoite est limitée en avant : par le fascia iliaca ; en arrière, par la paroi abdominale postérieure et la colonne lombaire ; en dehors, par l'os iliaque ; en dedans par le cæcum et le côlon ascendant ; enfin, en haut et en bas, par les insertions supérieures et inférieures du psoas iliaque à la colonne vertébrale et au petit trochanter.

Le psoas s'insère en haut sur la douzième vertèbre dorsale et les cinq premières lombaires ; il traverse la région lombaire ; longe le détroit supérieur, et s'insère en bas par un tendon au petit trochanter. Les fibres sont longitudinales.

L'iliaque disposé en éventail s'insère en haut sur la crête iliaque et sur toute la surface de la fosse iliaque et va se fixer en bas au côté interne du tendon du psoas.

Ces deux parties constituantes du muscle iliopsoas sont contenues dans une loge ostéo-fibreuse allongée en forme de fuseau et ouverte à ses deux extrémités. Cette loge, encore appelée canal iliaque de Velpeau, présente une paroi postérieure formée en dedans et en arrière par le périoste de la fosse iliaque interne, l'articulation sacro-iliaque et la partie supérieure de l'aileron du sacrum ; en

haut, par le carré des lombes et les apophyses transverses ; en bas, par le prolongement du fascia iliaca.

La paroi antérieure est formée tout entière par un plan aponévrotique recouvert du péritoine, c'est le fascia iliaca, qui s'insère sur tout le pourtour du psoas iliaque.

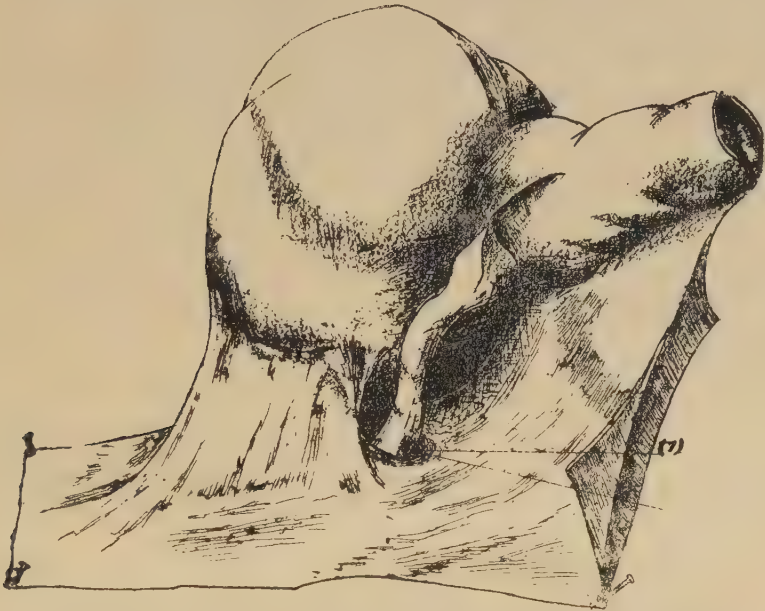


Fig. I. — L'appendice entouré de péritoine s'enfonce par son extrémité dans la fossette de Biesiadecki entre le muscle psoas iliaque et son aponévrose. — Le cæcum a été fortement écarté en haut. — (I) fossette iliaque sous-cæcale (fossa iliaco-subfacialis de Biesiadecki).

Fascia iliaca. — Le muscle iliopsoas est séparé du cæcum et de l'appendice par le péritoine pariétal, le tissu sous-péritonéal, le fascia iliaca et du tissu cellulaire. Nous signalerons le cas où l'appendice en situation ascendante

1. Ces 3 figures sont empruntées au Congrès de Chirurgie session XX, 1907, et nous remercions M. le Secrétaire de son obligeance.

ou rétro-cœcale est en rapport plus intime avec le fascia iliaque par suite de diverses modifications du péritoine. Mais le fascia lui-même qui ordinairement est une aponévrose solide et résistante présente des points faibles et quelquefois de véritables ouvertures mettant en contiguïté l'appendice avec le muscle lui-même.

A l'union de l'aponévrose du psoas et de l'aponévrose iliaque, dans le sinus que forme leur rencontre il peut exister une partie amincie et celluleuse par où pourra passer la suppuration. Par cet orifice du fascia pénètre souvent un cul-de-sac péritonéal, dans ce que Velpeau appelle le *canal iliaque*, entre l'aponévrose et le muscle (fig. 1) ; c'est la fossette sous-cœcale de Jonnesco, quelquefois fusionnée avec la fossette rétro-cœcale.

Le D^r LARDENNOIS a recherché et fait dessiner ces dispositions particulières que l'on rencontre quelquefois et qui expliquent la facilité avec laquelle l'inflammation de l'appendice peut se propager au psoas.

Cæcum. — Le cæcum occupe dans la fosse iliaque droite une loge dont les parois sont constituées : 1° En avant, par la paroi abdominale antérieure ; 2° En arrière par la paroi abdominale postérieure ; 3° En bas, par la fosse iliaque interne qui en forme le plancher. Cette loge fermée en dehors par la continuité de la paroi antérieure avec la paroi postérieure de l'abdomen, communique en bas avec l'excavation pelvienne.

Le cæcum occupe dans cette loge diverses positions :

- 1° Il remplit toute la loge, position ordinaire ;
- 2° Il n'occupe que la partie supérieure, position haute ;
- 3° Il n'occupe que la partie inférieure, position basse ;

4° Enfin il se trouve en dehors de la loge et on l'a trouvé derrière l'ombilic, au-dessus des pubis et même dans la fosse iliaque gauche, position ectopique.

Flottant dans la loge il est entouré par le péritoine qui le fixe par deux replis ; ligament supérieur et ligament inférieur de Tuffier.

Par sa face antérieure le cæcum répond à la paroi abdominale. Sa face postérieure repose sur l'aponévrose lombiliaque qui la sépare du muscle psoas iliaque.

Dans le plus grand nombre de cas elle n'est pas en contact avec cette aponévrose, mais elle en est séparée par le péritoine qui recouvre la fosse iliaque interne.

Par sa face externe, le cæcum répond encore au muscle iliaque et à la partie antérieure de la crête iliaque.

Par sa face interne, le cæcum longe le côté antéro-interne du psoas qui le sépare de l'excavation pelvienne.

L'extrémité supérieure se continue avec le côlon ascendant, l'extrémité inférieure en position ordinaire, répond à l'angle dièdre formé par la réunion de la paroi abdominale antérieure et de la fosse iliaque interne ; en position élevée, elle est en rapport avec le rein et le foie ; en position basse, avec les organes pelviens. Le cæcum est entouré de toutes parts par le péritoine, quelquefois celui-ci forme en arrière de l'organe un repli plus ou moins développé qui le rattache à la fosse iliaque. D'autres fois le péritoine passe simplement en avant du cæcum et l'applique contre le plan sous jacent.

Le péritoine en passant de l'intestin grêle sur le cæcum, forme deux replis qui déterminent la formation de deux fossettes dont l'ouverture regarde en dedans :

- 1° Fossette ilio-cæcale supérieure ;
- 2° Fossette ilio-cæcale inférieure ou fossette ilio-appendiculaire de Jonnesco.

Ces deux fossettes sont constantes, mais à la partie supérieure et postérieure du cæcum, au niveau du point où le péritoine se réfléchit de la fosse iliaque sur ce dernier organe, il existe une ou deux fossettes inconstantes, fossette rétro-cæcale, dont l'ouverture est dirigée en bas. Ces fossettes jouent un rôle considérable dans la propagation de l'inflammation de l'appendice au psoas.

La fossette rétro-cæcale est située derrière le cæcum et le côlon ascendant. Elle est limitée à droite et à gauche par deux ligaments : 1° pli cæcal supérieur ou repli pariéto-cæcal de Jonnesco ; 2° pli cæcal inférieur ou repli mésentérico-iliaque de Jonnesco, bien décrit dans l'anatomie humaine de Paul Poirier.

La fossette rétro-cæcale est limitée en avant par la paroi postérieure du cæcum et du côlon ascendant, en arrière par le péritoine pariétal de la fosse iliaque et de la fosse lombaire ; latéralement par les deux replis cités plus haut. Son orifice d'entrée est tourné en bas et à gauche. Le cul-de-sac qui lui fait suite est infundibuliforme. Quelquefois l'appendice recourbé en arrière et en haut est entièrement contenu dans la fossette, tantôt libre, tantôt soudé à ses parois. Les dimensions de la fossette sont variables.

Appendice. — L'appendice fixé au cæcum suit celui-ci dans ses déplacements et comme lui occupe en général la fosse iliaque droite, position ordinaire. Mais il est suscep-

tible d'occuper aussi une position élevée, basse, ou ectopique.

L'appendice présente encore par rapport au cæcum une situation qui varie beaucoup suivant les cas. Il peut être par rapport à lui ascendant, descendant, externe ou interne.

L'appendice est entouré par le péritoine qui lui forme un méso le rattachant au cæcum et à l'iléon. L'appendice descendant est le plus souvent observé. Il repose au-dessous du cæcum sur la partie interne de la fosse iliaque ; son extrémité arrive au bord du détroit supérieur. Dans cette situation, l'appendice est en rapport, en arrière, avec le muscle psoas dont il est séparé par le fascia iliaca, le tissu sous-péritonéal et le péritoine (*Facilité de la propagation de l'inflammation appendiculaire au psoas*. Couraud, 1894).

Quand l'appendice est externe il est encore en rapport en arrière avec le muscle iliaque sur l'aponévrose duquel il repose.

L'appendice en situation interne est en rapport avec les organes pelviens et ne présente aucun intérêt pour nous.

Au contraire, l'appendice ascendant ou rétrocæcal, à cause de cette particularité et de ces rapports, nous intéresse vivement au point de vue de la pathogénie de l'ilio-psoïte.

Dans cette position, l'appendice s'applique sur la face postérieure du cæcum et du côlon ascendant ; en arrière, il est en rapport avec le péritoine qui recouvre le muscle iliaque et le psoas.

Quand le sommet de l'appendice dépasse le niveau du point où le péritoine cæcal se réfléchit sur la fosse iliaque, sa portion débordante s'applique directement sur le fascia iliaca.



Fig. II. — L'appendice rétrocæcale devient à son extrémité extrapéritonéale, et cette extrémité s'enfonce par un orifice creusé dans la gaine iliaque entre le muscle et son aponévrose. — Le cæcum a été fortement rétracté en haut. — 1, péritoine au travers duquel on aperçoit l'appendice ; 2, coupe du péritoine au point de sa réflexion pour devenir pariétal.

Dans ce cas la propagation de l'inflammation appendiculaire à l'iléo-psoas est à peu près fatale.

Fossette sous-cæcale. — Au milieu de la fosse iliaque, à l'union de sa moitié supérieure avec l'inférieure, il existe souvent soit une simple dépression, soit un large

orifice elliptique et transversal conduisant dans un cul-de-sac péritonéal plus ou moins profond, insinué dans l'épaisseur de la paroi iliaque, derrière l'aponévrose, entre elle et le muscle iliaque. C'est la fossette sous cœcale ou ilia-



Fig. III. — Autre disposition plus rare du péritoine. La fossette sous-cæcale de Biesiadecki coïncide avec l'existence d'une fossette rétro-cæcale. L'appendice est en rapport de contiguïté avec l'iliopsoas. — 1, cæcum très relevé et écarté en haut ; 2, fossette de Biesiadecki ; 3, péritoine pariétal.

que. Son orifice occupe souvent toute la largeur du muscle iliaque. Il regarde en haut et est nettement limité en avant, par un pli péritonéal, mince, tranchant, transversal, falciforme et semi-lunaire, à concavité dirigée en haut : c'est le pli sous-cæcal ou iliaque. Le fond

du cæcum, quelquefois une grande partie de sa paroi postérieure et même celle du côlon peuvent pénétrer dans la fossette et s'y loger ; d'autres fois celle-ci est occupée par l'appendice vermiculaire ou des anses de l'intestin grêle. Biesiadecki explique la formation de cette fossette par un développement inégal de l'aponévrose iliaque dans ses parties supérieures et inférieures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Lésions de l'appendice. — Les lésions de l'appendice sont celles de toute appendicite. Il peut être perforé en un ou plusieurs points ou être simplement enflammé. Pour Couraud la suppuration de l'appendice existe toujours quand l'appendicite est compliquée d'iliopectoïte vraie. Or nous pensons que *l'iliopectoïte peut exister sans suppuration et n'être que le retentissement inflammatoire sur le psoas d'une inflammation voisine*. C'est ce qui se passe dans les cas d'iliopectoïte bénigne, c'est-à-dire dans les cas où les symptômes ont rétrogradé et dans lesquels on ne retrouve à l'opération que de l'inflammation de l'organe et la présence d'adhérences, et même l'appendice peut être resté sain. Mais dans les cas où l'on a attendu la formation de l'abcès, on retrouve toutes les lésions signalées dans les précédentes thèses, de Couraud et de Petit.

Le pus est collecté en un ou plusieurs abcès. Ceux-ci occupent des situations diverses suivant la position et la direction de l'appendice ; mais les plus favorables à la propagation de l'infection au psoas sont les abcès rétro-cæcaux. Leur contenu est purulent ou séro-purulent, mélangé ou non à des gaz et à des matières fécales. Ils sont presque toujours formés aux dépens du tissu cellulaire rétro-péritonéal de la fosse iliaque.

Lésions de l'iliopsoas. — Walther a très bien décrit les lésions de l'iliopsoas. Celles-ci consistent en infiltrations purulentes partielles ou totales du muscle : dans le premier cas le foyer est presque toujours situé dans l'iliaque ; dans le deuxième cas les deux parties de l'iliopsoas ne forment plus qu'une bouillie noirâtre dans laquelle on ne distingue plus rien que des fibres musculaires plus ou moins altérées. Le foyer purulent est entouré d'une zone brun verdâtre dans laquelle on trouve le tissu conjonctif interfasciculaire infiltré de cellules lymphatiques et de globules rouges, et où les faisceaux musculaires contiennent des granulations graisseuses et pigmentaires (Cornil et Ranvier. Suppuration des muscles. *Manuel d'histologie pathologique*, t. I, p. 535).

Actuellement on ne trouve que rarement ces infiltrations diffuses signalées autrefois, dans lesquelles la masse musculaire ne formait plus qu'une bouillie noirâtre, fétide, qui n'était plus qu'une masse purulente contenue dans la loge de ce qu'était le psoas iliaque.

Grâce à l'antisepsie et à l'intervention précoce on n'a plus affaire qu'à des abcès assez réduits et on retrouve encore à l'ouverture la forme et la structure du muscle iliaque et surtout du psoas. Ceux-ci ayant conservé une partie de leur intégrité ils se régénéreront plus facilement et par suite le malade récupérera d'autant mieux l'usage de son membre.

Dans les observations que nous citons, il s'écoule à l'ouverture de l'abcès une assez grande quantité de pus grisâtre, sanieux, mélangé de lambeaux sphacelés.

Quant à la marche de la suppuration, elle dépend de

l'état et de la résistance du fascia iliaca. Celui-ci naturellement épais, s'épaissit encore sous l'influence de l'inflammation et le pus comprimé entre lui et la paroi osseuse formée par l'os iliaque et la colonne lombaire fuse aux deux extrémités, vers la région inguinale, la région lombaire, ou par le point faible que présente l'aponévrose à la fossette de Jonnesco.

Le plus souvent le pus fuse vers la partie inguinale et se collecte à la partie inférieure de la gaine. Alors une tumeur apparaît sous l'arcade crurale, à la partie externe de la région inguinale et peut même s'étendre jusqu'au petit trochanter.

Quand l'intervention a été tardive, le fascia iliaca, aminci, ulcéré par la suppuration, peut se laisser perforer, et le pus se répandant dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, forme un abcès iliaque superficiel.

Il est rare que le péritoine lui-même soit perforé et que le pus se répande directement dans la cavité péritonéale (Perrochault, ouverture d'une psoitis dans le péritoine. *Bull. de la Soc. anat.*, 1^{re} série, t. XII, p. 205).

Le plus souvent des adhérences se sont établies entre le péritoine de la fosse iliaque et les viscères voisins ; l'ouverture se fait soit dans l'intestin grêle, soit quoique beaucoup plus rarement, dans le rectum (De la Motte, Etmüller), la vessie (Etmüller), ou le vagin (Garnier). L'appendice enflammé ou suppuré cause de l'iliopsoïte peut être séparé et distinct de l'abcès du psoas et même les lésions appendiculaires peuvent être guéries. Enfin les deux foyers peuvent communiquer (cas de Gangolphe et de Lardennois).

PATHOGÉNIE

Jusqu'à Couraud les auteurs tout en conservant l'étiologie traumatique de l'ilioypoïte, admettaient l'origine infectieuse par propagation de voisinage (abcès iliaques, rétro-cæaux, phlegmon du ligament large) et l'expliquaient par la disposition anatomique de la loge de l'ilioypoas en rapport avec les organes, sièges de toutes ces lésions. Or ils n'ont jamais rapporté cette infection à l'appendicite qui est pourtant des inflammations du bassin, une des plus fréquentes et ils n'ont pas remarqué la coïncidence des ilioypoïtes droites qui sont de beaucoup les plus nombreuses.

On pourrait même pousser plus loin l'hypothèse en faisant remarquer que dans certains cas d'ectopie l'appendice enflammé peut aller infecter la fosse iliaque gauche (Ricord, 1891).

Pour essayer de confirmer cette opinion après avoir éliminé les théories expliquant l'ilioypoïte par le traumatisme et la structure délicate du muscle, nous nous appuyons sur des considérations anatomiques et cliniques (Rapport de l'appendice et de l'ilioypoas, fréquence des ilioypoïtes droites et coïncidence dans la plupart des cas de lésions appendiculaires).

Théories anciennes, discussion et critiques. —

Walter dans son article du *Traité chirurgical*, Duplay-Reclus, décrit à peu près toutes les théories ou idées émises à propos de l'étiologie et de la pathogénie de l'iliopectine.

Tous ces auteurs, même des chirurgiens actuels, et non des moindres, admettent et défendent l'origine traumatique de l'iliopectine.

Or comment un traumatisme peut-il déterminer une infection ? Nous savons aujourd'hui qu'à l'origine de toute infection il y a un agent pathogène et à moins d'un traumatisme provoquant une plaie pénétrante, comment celui-ci pourrait-il par le fait d'un simple choc extérieur ou d'une attrition légère, même prolongée, pénétrer dans le psoas.

Et même si l'on admet que la contusion agit comme agent d'appel, pourquoi la myosite se ferait-elle de préférence dans le psoas plutôt que dans tel autre muscle ?

On ne peut invoquer pour cela la texture délicate du muscle, la disposition de ses fibres, ou la grande fatigue qu'il subit tous les jours. En effet combien d'autres muscles chez les ouvriers de tous genres, sont contusionnés tous les jours et sont soumis à un travail pénible, sans pour cela être atteints de myosite ? On pourrait citer à ce point de vue les débardeurs qui fatiguent plutôt leurs biceps que leurs psoas, les forgerons, les tisseurs qui toute la journée lancent la navette.

Enfin on pourrait demander pourquoi la myosite, chez les personnes couchées depuis longtemps, se développe plutôt dans le psoas que dans tout autre muscle fessier ? Pourquoi aussi la rupture musculaire qui n'est pas la prérogative du seul psoas ne serait-elle pas cause de myo-

site, dans les autres muscles où elle se produit ? (Biceps mollet, etc.)

Pourquoi aussi, invoquer l'influence du traumatisme dû aux effets de l'accouchement ou aux manœuvres obstétricales chez les accouchées comme cause de l'iliopsoïte ? On ne voit pas bien pourquoi les muscles adducteurs qui peuvent être autant lésés que le psoas sont toujours indemnes.

Aussi il n'est pas vraisemblable qu'un traumatisme indirect, agissant par simple contusion, sans plaie pénétrante allant inoculer directement le muscle, puisse causer la myosite du psoas ; et la même croyance doit être accordée aux autres hypothèses, telles que le surmenage du muscle, sa texture délicate, les ruptures musculaires, etc.

On a encore invoqué comme cause de l'iliopsoïte, de ce qu'on appelait le psoïtis primitif essentiel, la localisation au psoas d'une affection générale pyohémique. Ce fait possible *a priori*, est tout à fait exceptionnel. Il nous semble difficile qu'une telle localisation puisse se faire exclusivement dans le psoas et nous n'admettons pas qu'il puisse exister une affection propre à ce muscle. Le psoas peut être atteint, cela est entendu, comme tout autre muscle mais pourquoi serait-il le seul de tout l'organisme, et pourquoi la myosite l'atteindrait-elle plus souvent que les autres ?

Le psoïtis essentiel n'existe donc pas ; c'est une myosite comme celle qui peut exister dans le biceps, la masse musculaire de l'épaule et qui peut même se produire à la fois dans différents muscles, preuve donc qu'elle n'est pas propre au psoas.

Enfin l'*iliopsoïte* peut résulter de la propagation d'une inflammation de voisinage, et comme l'a avancé Lyot, c'est de beaucoup la variété la plus commune. De toutes les hypothèses émises par les auteurs, c'est la seule que nous retiendrons ; et nous allons montrer après Gangolphe et Couraud que c'est la seule qui doit être admise aujourd'hui pour expliquer l'*iliopsoïte* vraie (exceptions faites pour les cas de plaies pénétrantes ou de corps étrangers).

L'*iliopsoïte* est donc presque toujours causée par la propagation à l'*iliopsoas* d'une inflammation de voisinage, telle qu'une infection puerpérale, annexite, phlegmon du ligament large, abcès iliaque, péri-néphrite, adéno-phlegmon iliaque, ostéo-myélite de l'os iliaque ou des vertèbres lombaires, appendicite.

En effet, les *psos* placés dans les mêmes conditions topographiques, au milieu d'une région où abondent les inflammations locales et les suppurations péritonéales sont exposés à être gagnés par les infections soit par ulcération directe, soit par propagation plutôt que tout autre muscle.

Il est donc beaucoup plus naturel et plus logique de rapporter à la situation du muscle et à ses rapports la myosite dont il est atteint plutôt qu'à sa structure propre (texture délicate) et des observations successives très précises et très nettes ont montré la relation directe existant entre une suppuration péritonéale et l'*iliopsoïte*.

Pourquoi donc les anciens ont-ils cherché dans le traumatisme la cause de l'*iliopsoïte*, alors qu'il semble si facile et si logique d'inculper les inflammations voisines ?

Il est probable que s'ils ont accepté cette étiologie qu'ils ont même exagérée en faisant intervenir le traumatisme dû aux manœuvres obstétricales c'est qu'ils n'en avaient pas d'autres. Car pourquoi dans l'accouchement auraient-ils invoqué cette cause alors que par rapport au nombre des accouchements, l'iliopsoïte est si rare, et que dans ces cas il serait bien plus logique que les muscles adducteurs et les muscles du périnée fussent lésés ? •

C'est qu'il y a vingt ans, la chirurgie était très prudente ; en présence d'une iliopsoïte comme de toute autre affection l'on intervenait très tard. Quand on se décidait à opérer, ou bien on faisait une ouverture très petite ou bien la suppuration avait fait de tels progrès et aussi de tels délabrements, qu'il était absolument impossible de se rendre compte de l'état des organes voisins, même quand l'autopsie était faite. De plus quand ces derniers étaient lésés, on mettait leurs lésions sur le compte de l'iliopsoïte que l'on considérait comme la maladie primitive.

Théories nouvelles. — Aujourd'hui nous n'avons plus de raison pour garder cette théorie que d'ailleurs nous avons éliminée. Grâce aux progrès de la science, nous connaissons la cause de l'infection qui est le micro-organisme à l'état de virulence.

D'où peut venir cet agent ? Ce ne peut être que du voisinage et en effet on le trouve souvent soit dans la trompe, soit dans le ligament large enflammé, soit dans l'appendice.

Il n'y a donc pas de psoïte primitive, mais des iliopsoïtes secondaires, toujours consécutives à une inflammation de

voisinage, quelquefois puerpuéralité ou annexite et le plus souvent appendicite.

Ceci étant établi, nous allons rechercher parmi ces inflammations celle qui est la cause la plus fréquente des iliopsoïtes car il en est une, qui chez l'homme est sinon la seule, du moins la plus souvent constatée : c'est l'APPENDICITE.

En effet, en lisant les nombreuses observations publiées on est étonné en constatant *combien les iliopsoïtes droites sont plus nombreuses que les gauches* (une gauche contre dix droites). Pourtant *a priori* rien ne peut faire penser à cette disproportion. Pourquoi les deux psoas ne seraient-ils pas atteints dans les mêmes proportions ? Nous allons chercher quelle peut être la cause de cette différence qui peut sembler une anomalie ? Comme nous l'avons déjà dit, l'iliopsoïte gauche est peu fréquente, et presque tous les cas qui en ont été signalés se trouvent chez des femmes, quelquefois chez des enfants. (Jeandidier, thèse de Lyon, 1889.)

Et justement, c'est chez les enfants et surtout chez les jeunes filles que l'on a rencontré des cas certains d'iliopsoïte gauche, dans lesquels l'appendice malade fut trouvé à gauche.

Leur étiologie est la plupart du temps très nette et dans les observations publiées autrefois on ne voit pas d'iliopsoïtes gauches attribuées au traumatisme ; elles sont causées soit par une infection puerpuérale, soit par une infection intestinale (périsigmoïdite), la propagation de l'infection puerpuérale ou de l'annexite au psoas s'explique

très bien par la voie lymphatique et non par embolie comme certains auteurs l'ont essayé.

De plus, on s'explique bien le grand nombre des annexites ou des suppurations pelviennes gauches, puisque dans l'accouchement en position gauche, la déchirure se faisant à gauche, il est tout à fait normal que l'infection se propage par les lymphatiques gauches, et l'on sait que 98 0/0 des accouchements se font en position gauche.

La deuxième cause des iliopsoïtes gauches est beaucoup moins fréquente. Les péricisimoidites ont été discutées à la Société de Chirurgie et certains chirurgiens estiment qu'à la suite d'inflammation de l'S iliaque peuvent se développer des suppurations enkystées pouvant s'étendre plus ou moins loin dans l'abdomen.

Après avoir recueilli toutes les observations se rapportant aux iliopsoïtes, sur 83 cas que nous avons trouvés relatés ou simplement cités, nous comptons seulement 13 cas d'iliopsoïtes gauches.

Villeneuve, 1888-1889, 1 cas de psoïte post-perpuérale.

Leplat, 1889, 1 cas d'arthrite sacro-iliaque purulente.

Petit Alexis, 1899, 2 cas dont un dû à une salpingite.

Jeandidier, 1899-1900, 2 cas chez un enfant et chez une femme de quarante ans.

Griffault et Moreau, 1900, 1 cas dû à une péricisimoidite.

Chavannaz et Hobbs, 1900, 1 cas dû à une ostéomyélite.

Besson, 1903, 2 cas d'origine infectieuse puerpuérale.

Le Dentu, 1904, 1 cas terminé par résolution.

Lardennois, 1909, 1 cas dû à une salpingite (obs. V.)

Voilà donc la preuve clinique de la rareté des iliopsoïtes gauches, 1 contre 10 comme l'a montré Lardennois.

A droite au contraire nombreuses sont les iliopsoïtes signalées.

Vincent constatait déjà que 70 0/0 des iliopsoïtes se produisaient à droite. Nous trouvons une proportion plus grande encore puisque sur les 83 observations signalées dans la science et parmi lesquelles sont comprises les iliopsoïtes de toute origine, 70 sont des cas d'iliopsoïtes droites. Nous en avons trouvé le plus grand nombre dans :

Couraoud, thèse de Lyon, 1894-1895, 19 observations.

Petit-Alexis, thèse de Paris. 1898-1899, 42 cas et 17 observations.

Jeandidier, thèse de Lyon, 1899-1900, 12 cas et 14 observations.

Gangolfe, 1889-1890-1894, 3 observations.

Le Dentu, 1904, 3 observations.

Morestin, XIII^e Congrès de Chirurgie, 1900, 2 observations.

Nous-même nous rapportons 4 observations dues au D^r Lardennois. Les auteurs Polaillon, Mombel, Klein, Wood, Leclerc, Ménétrier, Chassaignac, Delbet, Jean Roger, etc., ne rapportent chacun qu'une observation.

Le plus grand nombre des iliopsoïtes est nettement attribué à la propagation de l'appendicite au psoas, quelques-unes seulement sont attribuées au traumatisme et parmi elles trois sont dues à des plaies diverses (Petit Alexis).

Nous avons écarté le traumatisme comme cause de l'iliopsoïte et il est certain qu'on ne l'a invoqué que comme pis-aller. Nous ne parlerons pas des infections par plaies directes.

Quant aux infections puerpuérales elles sont assez rares

et l'on sait que le phlegmon du ligament large se trouve exceptionnellement à droite. Reste donc l'appendicite.

Il est probable que cette infection, d'observation courante et beaucoup plus fréquente qu'on ne croit, est la cause de la presque totalité des iliopsoïtes droites. *Wood, 1899, avait même émis l'idée que l'infection puerpérale elle-même pouvait être souvent due à l'appendicite.* Les iliopsoïtes droites ont donc pour origine l'appendicite.

En effet la statistique nous fait connaître le nombre considérable des iliopsoïtes droites d'origine nettement appendiculaire ; et en relisant les observations publiées, on voit que dans nombre de cas d'origine soi-disant traumatique il s'agissait très probablement d'appendicite méconnue (obs. de Leclerc, 1898. Cas terminés par résolution, de Mores-tin, de Le Dentu).

En effet, dans cette maladie qui a remplacé la typhlite et la pérityphlite, la lésion de l'appendice ne dépasse pas souvent le stade inflammatoire, ce qui explique pourquoi elle est passée si souvent inaperçue et cela fait très bien comprendre comment certains cas cités par Couraud Mores-tin et Le Dentu ont pu se terminer par résolution.

En effet, *dans les formes rétrocœcales d'appendicite qui sont celles qui se propagent le plus facilement au psoas, les symptômes sont peu marqués et peuvent même manquer* (1).

Si l'infection est légère, le psoas pourra réagir sans sup-purer et l'inflammation pourra se traduire par l'attitude particulière à l'iliopsoïte qui disparaîtra bientôt sans lais-

1. *Les formes postérieures de l'appendicite*, Cavaignac et Chabanon. Poinat, édit., 1907.

ser de traces ni du côté du psoas, ni du côté de l'appendice.

Ce sont ces cas qui ont pu faire croire à l'existence d'une iliopsoïte essentielle. Si la poussée appendiculaire est plus forte, il pourra y avoir réaction péritonéale et formation d'adhérences. Alors le foyer appendiculaire situé à l'extrémité de l'organe sera enfermé dans une sorte de cul-de-sac et l'abcès pourra pénétrer jusqu'au muscle sans atteindre la cavité péritonéale qui est protégée par les adhérences (obs. de Ménétrier).

L'on voit que dans nombre de cas, la simple résection de l'appendice aurait suffi à prévenir l'iliopsoïte ou à empêcher la récurrence, ce que montrent bien les cas de Lardenois et de Paul Delbet.

RICORD 1891 et COURAUD 1894-1895 dans leurs travaux avaient fait remarquer la fréquence des iliopsoïtes droites et leur coïncidence avec des lésions appendiculaires et ils avaient deviné la relation de cause à effet existant entre les deux organes.

Les observations publiées depuis leurs travaux ne font que confirmer ce fait, et celles que nous publions à la fin de cet ouvrage sont tout à fait caractéristiques.

Mais pourquoi, dira-t-on, puisque l'appendicite est si commune, l'iliopsoïte est-elle une complication si rare ?

On a invoqué cette loi de pathologie générale que les muscles présentent de par leur structure et leur vascularisation une grande résistance à la suppuration. Mais c'est surtout parce que le muscle iliopsoas est séparé de l'appendice par de multiples barrières que cet organe dans ses différentes positions n'est pas toujours en rapport avec le

muscle ; et pour qu'il y ait extension de la suppuration au psoas, de multiples conditions sont nécessaires qui ne sont que rarement réunies.

Il faut que l'appendice soit en situation rétro-cæcale et qu'une disposition anatomique spéciale, mette en rapport intime l'extrémité de celui-ci et le muscle iliopsoas. Or nous avons vu dans le Traité d'anatomie que ces conditions sont remplies dans certains cas et nous avons pu les constater cliniquement :

1° C'est quand l'appendice en situation rétro-cæcale devient extra-péritonéal à son extrémité inférieure et pénètre par un orifice creusé dans la gaine iliaque entre le muscle et son aponévrose ;

2° D'autres fois l'appendice entouré de péritoine s'enfonce dans la fossette sous-cæcale de Jonnesco entre le muscle iliaque et son aponévrose.

Enfin dans une troisième disposition plus rare l'appendice est en rapport direct avec l'iliopsoas : *c'est quand la fossette sous-cæcale de Biesiadecki coïncide avec l'existence d'une fossette rétro-cæcale.*

La présence de cette solution de continuité dans le fascia iliaca joue un rôle capital dans la propagation de l'appendicite au muscle iliopsoas et c'est elle qui permet la transmission de l'inflammation de l'appendice au psoas mieux que la voie lymphatique ou veineuse.

Nous avons retrouvé cette disposition : 1° dans l'observation de Roger, où l'appendice extra-péritonéal par son extrémité s'enfonce directement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal puis sous-iliaque.

3° Dans le fait de Lardennois et probablement aussi dans celui de Delbet où l'appendice revêtu de séreuse était enfoncé profondément dans la fossette sous-cæcale.

SYMPTOMES

Les symptômes de l'iliopsoïte à quelque cause qu'on l'attribue, sont toujours les mêmes et tels qu'ils ont été décrits depuis La Motte et Marcano jusqu'aujourd'hui ils s'appliquent à l'iliopsoïte appendiculaire. Ce sont :

1° La douleur qui peut être limitée à la région lombaire et à la fosse iliaque, ou bien s'irradier à la cuisse, suivant le trajet des nerfs du plexus lombaire qui traversent le foyer. Elle est exaspérée par la pression sur les lombes ou la fosse iliaque et par les mouvements d'extension et de rotation imprimés à la cuisse.

2° L'attitude spéciale du membre du côté malade qui est caractéristique de l'iliopsoïte. La cuisse est fléchie sur le bassin et est placée en rotation externe ; la jambe est fléchie sur la cuisse et le pied repose sur le plan du lit par son bord externe ou par le talon, le tronc est incliné du côté malade.

Debout le malade a le tronc fléchi en avant et incliné du côté lésé ; la claudication rappelle celle des coxalgiques. Dans certains faits la flexion et la rotation de la cuisse en dehors peuvent manquer, soit isolément, soit simultanément (Vigla, Bourienne, Guillot et Desprès) on a

même observé l'adduction et la rotation en dedans (Nélaton, Chassaignac).

Au syndrome clinique particulier s'ajoutent parfois les signes du début d'une appendicite ou bien encore comme dans les observations de Couraud et de Delbet, des antécédents d'appendicite ; mais souvent aussi, comme nous l'avons vu, l'appendicite peut rester latente et être méconnue.

3° La tuméfaction occupe la région du psoas iliaque. En général elle apparaît à la région inguino-crurale, ou à la région lombaire ; elle se montre à une époque variable. La marche est aiguë, suraiguë, ou chronique. Dans l'iliopsoïte par contiguïté, l'inflammation se propage lentement et après avoir franchi plus ou moins difficilement le fascia iliaque elle reste cantonnée quelque temps dans le tissu sous-aponévrotique avant d'envahir le muscle lui-même.

C'est plutôt un phlegmon de la gaine qu'une myosite suppurée. La marche est plus lente et le pronostic moins grave.

Dans l'iliopsoïte par continuité, le psoas participe immédiatement à l'inflammation appendiculaire. La suppuration musculaire est contemporaine de celle du tissu cellulaire.

La marche de la maladie est aiguë et le pronostic souvent mortel.

On a signalé quelques cas de mort par pénétration de pus dans la veine-cave par embolie cardiaque au cours d'une iliopsoïte suppurée (Polaillon), ou par péritonite généralisée. Ou bien la maladie passe à l'état chronique,

la suppuration est interminable, le malade ne voit pas tarir l'écoulement de pus et il meurt dans le marasme par hecticité et cachexie comme à la suite des vieilles suppurations.

Quant aux cas terminés par résolution, ils sont très fréquents maintenant et cette heureuse terminaison est due au traitement actuellement préconisé.

TRAITEMENT

De l'origine appendiculaire de l'iliopsoïte découle tout le traitement. Il faut non seulement traiter l'iliopsoïte, mais aussi traiter la cause, c'est-à-dire enlever l'appendice sous peine de voir la maladie récidiver ou passer à l'état chronique. Dans ce cas il ne faut pas compter sur les moyens médicaux, et si dans l'appendicite simple il est permis de temporiser, en présence d'une iliopsoïte, il faut opérer.

Si l'iliopsoïte débute avec l'affection causale plus l'opération sera précoce, plus on aura de chance de conserver l'intégrité du muscle et de sauver le malade.

En conséquence, dès que l'attitude spéciale du membre inférieur fera craindre un début d'iliopsoïte, on devra, de parti pris et d'emblée, pratiquer l'appendicectomie. Cette intervention seule, comme l'a montré Couraud pourra enrayer tous les accidents.

Lorsqu'il y a myosite suppurée, il faut d'abord évacuer le foyer de l'abcès.

Bien des traitements ont été préconisés et Libouroux, 1892, a passé en revue tous ceux qui ont été essayés jusqu'à ce moment. Ils se résument à deux méthodes :

1° Incision au-dessus de l'arcade crurale, qu'il trouve insuffisante ;

2° Trépanation du bassin, à laquelle il fait de nombreux reproches ;

a) D'abord le lieu d'élection diffère avec chaque auteur.

b) Danger d'infection de l'os iliaque par son tissu spongieux ;

c) Etranglement du drain par le muscle iliaque et le muscle fessier ;

d) Danger d'hémorragie par les branches de l'artère fessière.

Quant à lui il tournait toutes ses difficultés par le drainage trans-iliaque qui exige deux ouvertures : 1° une incision abdominale sur l'arcade de Fallope et manœuvres comme pour la ligature de l'artère iliaque externe ;

2° Incision lombaire, à 1 centimètre au-dessus de la crête iliaque, décollement du fascia iliaca et pose d'un drain rigide allant rejoindre la première incision.

Traitement moderne. — Actuellement on emploie l'incision iliaque étendue de chaque côté de l'épine iliaque antéro-supérieure et si après avoir traversé la paroi musculaire, la séreuse paraît saine, le feuillet pariétal du péritoine sera décollé et la sonde cannelée portée horizontalement de dedans en dehors sur la fascia iliaca jusqu'à l'irruption du pus.

Cette incision sera très large. Elle est suffisamment déclive surtout lorsqu'on soulève le côté opposé avec un coussin, et il ne paraît pas nécessaire d'utiliser la trépana-

tion de l'os iliaque bien étudiée par Condamin et prônée surtout par les Lyonnais.

Dans les cas graves, selon la méthode de Gangolphe, à l'incision iliaque on ajoutera des contre-ouvertures dans la région lombaire, dans le triangle de Scarpa immédiatement en dehors des vaisseaux fémoraux et enfin au niveau du petit trochanter.

Dans cette première intervention il est rare qu'on puisse rencontrer l'appendice.

Son ablation devra être pratiquée à froid et quand la gravité des symptômes sera atténuée : on supprimera ainsi la source qui alimente sans cesse l'abcès du psoas de germes pathogènes et qui peut causer la persistance d'une fistule après l'ouverture de l'abcès.

Couraud déconseillait cette ablation de l'appendicite dans les ilio-psoïtes fistuleuses par crainte de faire communiquer un foyer suppuré avec la cavité péritonéale et de provoquer une péritonite.

Cette crainte est exagérée et si l'on veut guérir une ilio-psoïte fistuleuse, il *faut enlever l'appendicite* ; ce que l'on fait aujourd'hui sans danger (Voir obs. II). Peut-être pourra-t-on même essayer d'enlever dans une même séance l'appendice par une première incision, puis ensuite évacuer le foyer de l'abcès.

Pour résumer tout ce que nous savons sur l'ilio-psoïte il appert de toutes nos recherches :

1° Que dans presque tous les cas d'ilio-psoïte droite il faut soupçonner l'appendicite, même s'il n'existe aucun signe permettant de la déceler et qu'il faut pour prévenir

la gravité des accidents pratiquer l'ablation de l'appendice ;

2° Que l'iliopsoïte est rare par rapport à la fréquence de l'appendicite, rareté déterminée par la non-coïncidence de certaines conditions anatomiques (siège rétrocæcal de l'appendice, hiatus creusé dans le fascia iliaca, présence de la fossette iliaque de Biesiadecki) nécessaires à l'extension de l'inflammation au psoas.

ACCIDENTS DE TRAVAIL

Cette étiologie appendiculaire de l'iliopsoïte n'est pas seulement intéressante au point de vue de son pronostic et de son traitement, mais elle peut être utile à invoquer dans certains cas de responsabilité.

En effet la loi du 9 avril 1898 sur les accidents de travail protège les ouvriers atteints d'une incapacité de travail ou d'une infirmité causées par un accident quel qu'il soit, survenu au cours de leur travail en leur accordant soit une indemnité temporaire, soit une rente.

Si donc l'on admet que l'iliopsoïte peut être d'origine traumatique et peut survenir à la suite d'un coup il doit être mis au nombre des accidents du travail et l'ouvrier qui en est atteint peut invoquer la loi de 1898.

Il y a quelques années ce cas s'est produit à Reims.

Les tribunaux de cette ville ont accordé le bénéfice de la loi à un ouvrier atteint d'iliopsoïte.

Or étant donné la nouvelle conception étiologique de cette maladie la question de responsabilité dans un cas semblable pourra être discutée aujourd'hui.

Il semble bien que l'iliopsoïte causée par l'appendicite doit être assimilée à cette maladie. Dès lors ce n'est plus un accident et l'ouvrier qui en sera atteint ne pourra plus espérer sauf dans des cas exceptionnels se voir accorder le bénéfice de la loi.

OBSERVATION I

(Lardennais). — XX^e Congrès de Chirurgie. 1907

Il s'agissait d'un enfant de quatorze ans, opéré en 1899 avec mon maître le professeur Decès. Dix mois avant le début de l'affection il avait été piétiné par un poulain, et il avait reçu des contusions graves qui avaient nécessité le repos au lit durant plusieurs jours.

Le médecin qui m'adressait le malade m'écrivait. « Le début a été brusque, la fièvre élevée, le pouls rapide, la langue saburrale, il y avait une constipation légère mais pas de vomissements. Au bout de trois ou quatre jours, après avoir palpé méthodiquement tout l'abdomen, j'arrivai à délimiter à droite un point très sensible qui était situé au-dessous du point de Mac Burney. Au bout de douze jours, la cuisse était en flexion sur le bassin et à ce moment je pensai à un psoïtis. C'est seulement le quinzième jour de la maladie que je trouvai de l'empâtement dans la fosse iliaque droite. »

Il n'y avait pas eu de réaction péritonéale. Le ventre était plat, non ballonné, non douloureux. L'attitude du psoïtis était bien nette. Il restait impossible d'allonger le membre inférieur et l'enfant était courbé sur son côté malade. Il existait de la sensibilité à la pression et de l'empâtement, non seulement dans la fosse iliaque, mais aussi à la région lombaire, et un peu au niveau de la partie externe du triangle de Scarpa.

Le Dr Decès conclut aussi à une psoïte suppurée et me confia le soin d'ouvrir cette collection. Je me proposais d'aller lentement et de me rendre compte du siège précis du foyer enflammé. J'incisai un peu en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, mais après avoir traversé les muscles de la paroi, la poche s'ouvrit immédiatement. Je dus augmenter l'ouverture et donner issue à la suppuration sans pouvoir rien reconnaître ou préciser. Il s'écoula du pus en grande quantité, un pus grisâtre, sanieux, n'ayant pas l'aspect et l'odeur fécaloïde des abcès appendiculaires. Le doigt introduit dans la poche remontait très haut vers la région lombaire et s'engageait nettement sous l'arcade crurale. Il était bien sous le fascia iliaca dans le « canal de Velpeau ».

Après avoir bien abstergé le foyer suppuré avec des compresses, après avoir ramené encore des lambeaux grisâtres semblables à des écheveaux de fil mouillés, je drainai largement sans pratiquer de lavage.

Au bout de quarante jours l'enfant regagnait son village complètement guéri.

OBSERVATION II

(Lardennais). — XX^e Congrès de Chirurgie, 1907

D... Alfred, âgé de quarante-trois ans, est emballeur dans une filature. C'est un homme robuste et vigoureux qui doit accomplir un travail particulièrement pénible. Tout le jour en s'aidant souvent de la cuisse droite il porte et charge sur des voitures d'énormes balles de laine qui pèsent, paraît-il, 100 kilogrammes.

Jusqu'ici D... n'a jamais été malade, il ne présente aucun

antécédent héréditaire digne de remarque ; il n'a d'autre tare que celle qu'on rencontre malheureusement presque toujours dans son milieu, c'est-à-dire l'éthylisme chronique.

Au début du mois de juillet 1899, il commence à souffrir de la hanche droite. Il attribue cette douleur au surmenage. Il tire la jambe le matin en se rendant à son travail, mais selon son expression « une fois le mal échauffé » il peut cependant accomplir sa besogne habituelle.

Durant plusieurs semaines il essaie de lutter, se reposant quelques jours, puis tentant de retourner à l'usine. Enfin le mal s'aggrave et il se décide à entrer à l'hôpital le 7 août 1899.

Il est admis dans un service de médecine, et mon collègue le docteur Gosset n'hésita pas à reconnaître un psoïtis.

Le malade d'ailleurs très énergique, accuse une violente douleur à la racine de la cuisse, cette douleur se manifeste par des élancements qui irradient dans la fosse iliaque, et aussi dans le membre inférieur jusqu'au genou.

La plus minime pression est insupportable le long de l'os iliaque, et même sur le petit trochanter, signe de Gangolphe. La palpation très difficile ne peut donner à ce moment d'utiles renseignements.

L'attitude est tout à fait caractéristique, la cuisse droite est fléchie sur le bassin avec un certain degré d'abduction et de rotation en dehors. Le pied droit repose presque sur le lit par son bord externe. Le moindre essai de réduction provoque une douleur intolérable.

Aucun symptôme péritonéal, mais des phénomènes généraux très accusés ; fièvre montant le soir jusqu'à 39°7 et même 40°2, avec une légère rémission matinale ; pouls 120 ; langue sèche, soif vive, teint plombé dénotant une intoxication grave,

urines rares mais non albumineuses, délire très marqué avec agitation.

Le Dr Gosset le traite durant quelques jours par la saignée locale à l'aide de sangsues, et par l'application permanente d'une vessie de glace, puis les symptômes généraux devenant plus inquiétants, il le fait passer en chirurgie.

On reconnaît d'ailleurs à ce moment l'existence d'un empâtement profond dans la fosse iliaque, empâtement situé très en dehors, et remontant en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'opération est décidée immédiatement le 12 août. Le malade une fois endormi, je pratique une assez longue incision contournant l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. Ensuite j'emploie un procédé analogue à celui indiqué par Farabeuf, pour la ligature de l'artère iliaque externe.

Après section de la peau et de l'aponévrose, je libère les insertions des obliques et du transverse. Avec l'index, j'effondre le fascia transversalis et je refoule en dedans le péritoine qui paraît intact. Alors avec la sonde cannelée dirigée bien perpendiculairement vers la face interne du bassin, j'ouvre la collection et il s'échappe une quantité considérable de pus grisâtre, sanieux, mêlé de lambeaux sphacelés.

Cette ouverture est agrandie en haut et en bas avec les doigts qui peuvent ainsi explorer « la gaine iliaque ». On y place un gros drain entouré de gaze sans faire de lavage.

Grâce à un fort coussin placé sous la fesse gauche, mon ouverture était suffisamment déclive. Quelques jours après commençait la défervescence. Le 28 septembre l'opéré complètement guéri quittait l'Hôtel-Dieu et au bout de peu de temps j'apprenais qu'il avait repris son ancien métier.

Dans cette iliopsoïte à début lent et insidieux, à symptômes nullement abdominaux, bien que mon attention ait été déjà éveillée sur ce point, rien ne me permettait de penser à une origine appendiculaire. J'avais, en publiant l'histoire de ce malade en 1901, considéré comme cause prédisposante, le surmenage du muscle appelé à faire effort pour pousser et soutenir les balles de laine, au moment de leur chargement sur les camions. Je la rapprochais d'une observation due à Tillaux et citée par Walther (1) d'un individu atteint de psoïte après avoir porté toute la journée sur la cuisse droite un orgue de Barbarie.

Mais cinq ans après, en 1904, j'étais appelé à revoir ce malade dans le service d'un de mes collègues.

D... qui depuis 1899 n'avait jamais dû arrêter son travail avait éprouvé dans la matinée du 23 octobre 1904 une douleur assez vive, dans la cuisse droite.

Cette douleur s'était calmée sous l'influence du repos dominical, mais le lendemain, il avait vainement essayé d'aller à l'usine, et il entra à l'Hôtel-Dieu le mardi 25 octobre, avec tous les symptômes d'une inflammation très aiguë du psoas : douleur localisée, empâtement de la fosse iliaque, attitude pathognomonique du membre inférieur droit. La fièvre atteignait 39 degrés.

Le lendemain mercredi l'ancienne cicatrice distendue par le pus se rouvrait spontanément un peu en arrière de l'épine iliaque antéro-supérieure. Je n'avais qu'à élargir cette fissure spontanée et à maintenir un large drainage. En quelques jours le malade était à peu près guéri et quittait l'hôpital le 5 novembre 1904, onze jours après son entrée.

1. Walther. *Traité de Chirurgie*, t. VII, p. 68.

L'année suivante, seconde rechute. D... vient me retrouver le 25 avril 1905 présentant toujours les mêmes accidents locaux et comme symptômes généraux : une fièvre élevée, un pouls rapide, de l'agitation et une anorexie complète. La cicatrice amincie bombait fortement. Il suffit de donner un coup de bistouri comme sur un abcès collecté superficiel, pour amener l'issue d'une assez grande quantité de pus.

Comme en 1904, on obtint immédiatement une rémission notable de tous les symptômes et en quelques jours l'opéré était guéri.

A ce moment, surpris par cette répétition anormale de poussées de psoïte, j'aurais voulu en rechercher la cause. Comme c'est la règle en clinique de songer surtout aux affections les plus fréquentes, et partant les plus probables, je présumais que j'avais de très grandes chances de trouver une inflammation de l'appendice iléo-cæcal.

Je proposai donc au malade pour éviter d'autres accidents ultérieurs l'ablation de l'appendicite. Mon opéré qui était soulagé et presque convalescent, ne se laissa pas persuader. Il quittait l'hôpital le 6 mai 1905, et bientôt après il reprenait sa besogne habituelle. Il ne continuait pas longtemps. Le 13 juin 1905, sa famille le ramenait encore auprès de moi, dans la même situation et présentant le même tableau clinique. Cette fois il était bien résigné à suivre mes conseils et à tenter tout le nécessaire pour échapper à ces récidives de plus en plus fréquentes.

Je commençai par ouvrir une fois de plus la myosite supprimée au point déclive, toujours au niveau de l'ancienne cicatrice, puis à drainer largement.

Quinze jours après, quand la suppuration fut à peu près tarie

et comme mon opéré songeait déjà à rentrer chez lui et à éluder ses premières promesses, j'allai à la recherche de son appendice vermiculaire.

Pour m'éloigner le plus possible de la fistule encore purulente que j'ai soin de recouvrir d'un pansement occlusif au collodion, j'emploie l'incision de Jalaguier sur le bord externe du muscle droit.

Un fort coussin soulève le côté droit de l'opéré. Cette précaution ajoutée à une légère inclinaison de la table, devait me permettre de mieux explorer la fosse iliaque.

Le péritoine est ouvert. Il ne présente aucune altération. L'intestin grêle est facilement refoulé en dedans par des compresses. Le cæcum n'est ni enflammé, ni distendu.

On aperçoit seulement l'appendice, quand le cæcum a été tiré dans la place et relevé en haut. Cet appendice est libre et d'aspect à peu près normal dans sa partie supérieure cæcale, mais il est absolument fixé par son extrémité à la paroi iliaque dans la partie supéro-interne de celle-ci. Il semble s'enfoncer obliquement dans une sorte de fossette peu profonde.

Avec l'index qui le contourne et en quelque sorte le dérachine je dois le décoller ou plutôt l'arracher. Car son extrémité est largement ouverte et comme décapitée.

Après avoir lié et extirpé l'appendice selon le procédé habituel, je prie mon aide de refouler le cæcum, et nous revoyons de nouveau la paroi iliaque. Le doigt, placé sur le point saignant d'où il avait extrait l'appendice, éprouve la sensation d'un trajet fistuleux, d'un canal entouré de tissus un peu indurés. J'essaie d'y introduire une sonde cannelée flexible et de la diri-

ger ainsi en dehors et en arrière vers la fistule cutanée qui persiste encore.

La sonde cannelée pénètre à quelques centimètres de profondeur, puis elle est arrêtée probablement par une coudure du canal.

Cette constatation évidente d'un trajet à travers la paroi musculaire de la fosse iliaque, suffit pour légitimer mon diagnostic et mon intervention thérapeutique.

En arrachant l'appendice, j'avais mis en communication le foyer suppuré et la cavité péritonéale intacte et protégée jusqu'ici par de solides adhérences :

Il fallait l'isoler à nouveau et refermer la barrière que j'avais ouverte.

Après avoir cureté la partie supérieure du trajet qui renfermait peut-être encore l'extrémité de mon appendice rompu, je touche la région à l'eau oxygénée, et j'oblitére le petit orifice par un sujet au catgut sur le péritoine pariétal.

Je referme l'incision abdominale sans drainer, mais avant de réveiller le malade j'élargis avec le doigt la fistule de l'abcès du psoas qui persistait en arrière et j'y introduis à quelques centimètres de profondeur un drain gros comme le petit doigt.

Ce drain donne un peu d'écoulement dans les premiers jours tandis que l'incision de la laparotomie guérissait par première intention.

Le malade quittait l'hôpital trois semaines après le 29 juillet 1905 et retournait bientôt à son usine.

Je l'ai revu en mars 1907 et tout récemment en septembre. L'ablation de l'appendice qui remonte à plus de deux ans a mis fin à toutes ces rechutes de myosites du psoas.

Il n'a jamais souffert de son côté droit. Les cicatrices sont solides. Aucune trace d'éventration malgré le pénible travail quotidien. Il semble totalement et définitivement guéri.

OBSERVATION III

(Due au D^r Lardennais)

Iliopsoite post-puerpérale, mais due à une appendicite

P... Lucienne, épouse C..., âgée de vingt ans. Les antécédents héréditaires ou collatéraux ne présentent rien de particulier. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé, mais se plaignait depuis longtemps d'une constipation assez tenace.

Réglée à quatorze ans, elle souffrait un peu pendant les premiers jours. Dans les dernières années les règles étaient peu abondantes et duraient quatre jours.

Mariée en 1908 elle est mère peu après et accouche à huit mois d'une petite fille bien portante actuellement.

Les suites de couches sont apyrétiques et ne présentent aucun accident pendant la première semaine.

La jeune mère s'était levée déjà quand après le seizième jour, elle est prise la nuit du 14 au 15 février de violentes coliques avec irradiations douloureuses dans tout l'abdomen.

Le ventre est ballonné. A la palpation la douleur était plus vive au niveau de la fosse iliaque droite. Le visage s'altère, le facies devient péritonéal et la fièvre s'élève tout à coup atteignant 39 degrés.

Comme traitement on ordonne le repos au lit, la diète avec des applications d'onguent mercuriel sur l'abdomen. Les crises douloureuses s'atténuent peu à peu, la malade paraît guérie

après une dizaine de jours. Bien qu'affaiblie et amaigrie elle veut se lever et reprendre ses occupations, mais vers le 10 mars elle ressent de nouveau des douleurs dans la région de l'aîne droite avec propagation à la cuisse. Elle boite légèrement, mais, très énergique, la jeune malade veut lutter et s'efforce de marcher. La douleur persiste, devient plus accusée, plus lancinante et le repos au lit est de nouveau nécessaire. Le 25 mars elle entre à la clinique où on l'examine.

Examen le 26 mars 1909. — La malade anémiée et déprimée a 39°5 de température, le pouls est à 120, la langue est sèche, la soif vive, l'abdomen est distendu et un peu douloureux dans tout le côté droit, mais ce qui frappe au premier abord c'est la position du membre inférieur droit tout à fait caractéristique.

La jambe est fléchie sous la cuisse, la cuisse fléchie sous le tronc et tordue en dehors. Le moindre mouvement imprimé à l'articulation de la hanche droite devient très douloureux.

L'extension est impossible.

Lorsque l'on veut palper la partie externe de la fosse iliaque en déprimant les parties molles à ce niveau non seulement on réveille une douleur très accentuée, mais on a une impression très nette de résistance et de plénitude.

La pression est douloureuse dans la partie sous-inguinale du muscle psosiliaque. Pas de vomissements, pas de symptômes abdominaux, on se trouve bien en présence d'une iliopsoïte suppurée.

Traitement. — Cette iliopsoïte n'était que secondaire à une infection abdominale, mais en présence des accidents graves que présentait cette jeune femme il fallait parer au plus pressé, évacuer la collection purulente et remettre à une date ultérieure

la recherche et le traitement de la lésion primitive appendiculaire ou salpyngienne.

29 mars. — *Première intervention.* — Anesthésie. à l'éther, incision de 8 centimètres à un travers de doigt en avant de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Incision méthodique des téguments de l'aponévrose du grand oblique, du petit oblique et du transverse.

A ce moment on voit bomber la collection à la face interne de l'os iliaque. Les lèvres de la plaie sont garnies par des champs opératoires.

Le côté gauche était soulevé par un coussin assez élevé, l'index ganté, courbé en crochet, est enfoncé vers la paroi iliaque et ouvre le foyer.

Ils'écoule un pus d'abord jaunâtre, puis bientôt strié de sang. Le doigt agrandit l'incision et se rend compte du siège de l'abcès circonscrit par le canal iliaque de Velpeau.

On place deux gros drains, dirigés l'un vers la partie supérieure de la gaine iliaque, l'autre vers la partie antérieure.

Dans le lit de l'opéré un coussin soulève le bassin à gauche pour amener l'incision et le drainage en un point déclive.

Suites opératoires. — L'écoulement est considérable, la température ne s'abaisse qu'après deux jours, mais l'état général s'améliore rapidement.

La malade mange, reprend ses forces et la suppuration diminue peu à peu si bien qu'à la fin du mois d'avril il ne persistait plus qu'une fistule presque tarie.

Il restait à supprimer la cause de l'ilioypoïte. Le Dr Lar-dennois était convaincu qu'il s'agissait de la propagation d'une appendicite. Cependant par prudence et pour éviter toute erreur, comme les accidents avaient éclaté peu de temps après l'accou

chement il résolut de pratiquer une laparotomie médiane permettant d'explorer à la fois l'appendice et les annexes.

La seconde intervention est pratiquée le 21 avril 1909. La fistule est oblitérée à l'aide du collodion. Narcose à l'éther, plan incliné. Laparotomie médiane. On trouve une frange épiploïque adhérente dans la fosse iliaque droite recouvrant quelques anses intestinales accolées. On libère parfaitement ces adhérences et on trouve l'appendice en situation pelvienne, appendice long, congestionné et très altéré. Il présenta en particulier à 1 centimètre de son extrémité une boursofflure très apparente. A ce niveau la paroi distendue était très amincie et très friable.

Les annexes à gauche sont indemnes. A droite les lésions microscopiques sont aussi peu accusées, l'ovaire présente seulement à sa partie médiane un kyste gros comme un pois.

Par excès de prudence et pour éviter plus sûrement à l'avenir toute cause de souffrance à la malade déjà éprouvée on en décide l'ablation.

Suites opératoires. — La malade est rapidement remise de cette seconde opération, la réunion de la plaie s'effectue par première intention. La suppuration par la fistule est rapidement supprimée et cette jeune femme rentre chez elle bien guérie le 23 mai. Nous avons pris tout récemment de ses nouvelles. Elle a repris ses occupations et paraît parfaitement guérie.

Réflexions. — Cette observation est typique, il y a quelques années elle aurait été réunie aux nombreuses observations de psoïtes post-puerpérales. Les partisans de la théorie traumatique auraient invoqué l'influence de l'ac-

couchement sur la dissention et la rupture des fibres du psoas iliaque sans remarquer qu'ici l'expulsion du fœtus avait été facile et rapide.

On pouvait hésiter sur l'origine de l'infection et se demander si l'inflammation propagée au psoas prenait sa source dans l'appendice ou dans une infection puerpérale atténuée.

L'intervention a montré d'une façon indiscutable l'origine appendiculaire et déjà l'histoire de la maladie, la localisation à droite, le début tardif seize jours après un accouchement normal et une involution rapide de l'utérus plaident en faveur de l'origine appendiculaire.

OBSERVATION IV

(Due au Dr Lardennois)

Iliopsoïte grave coïncidant avec un appendice altéré

D... Eugène, quinze ans, demeurant à Oligy-Violami, a toujours joui d'une assez bonne santé jusqu'au 31 mars 1908.

Ce jour-là il était occupé chez un oncle à tourner un moulin à avoine. Le soir il éprouve de violentes douleurs dans la région lombaire. Le lendemain les douleurs sont encore plus vives.

Il existe des irradiations dans la hanche et dans la cuisse. Pas de vomissements ni de symptômes péritonéaux bien accusés. Il est ramené chez ses parents et il est traité pendant quelque temps par le Dr Vignon de Ville-en-Tardenois mais comme l'état s'aggrave il est conduit à l'Hôtel-Dieu de Rennes et il entre dans le service du Dr Luton.

Étant donné son état cachectique, son amaigrissement extrême, la fièvre hectique, les sueurs profuses, la diarrhée incoercible que présente le malade on pense d'abord à une coxalgie tuberculeuse, puis à une iliopsoïte possible et il est envoyé en chirurgie quatre jours après.

Examen. — Le malade, très affaibli et émacié donne en effet, au premier abord l'impression d'un tuberculeux à la période ultime.

Peu intelligent ou sidéré par la maladie il répond à peine aux questions qu'on lui pose et il est même difficile de le nourrir. La fièvre est très élevée le soir et monte jusqu'à 39°5 pour redescendre le matin à 38 degrés. Le pouls est à 120. La position du membre est bien conforme au tableau classique ; la hanche fléchie sur la cuisse, la cuisse fléchie sur le bassin en rotation interne.

Le malheureux reste immobile, le moindre mouvement lui arrache un cri de douleur. Dans la fosse iliaque droite tendue et soulevée, on sent facilement une sorte de boudin allongé parallèle à la fosse iliaque et collé contre l'os coxal.

Opération 8 mai. — Anesthésie locale à la cocaïne. Incision à 1 centimètre en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, dissociation méthodique des muscles de la paroi Pour ouverture du foyer qui était nettement limité par la paroi osseuse et le fascia iliaca. La collection purulente s'écoule très considérable, c'est du pus jaune louable n'ayant nullement l'odeur fécaloïde des collections péri-intestinales. On place trois drains dans la plaie et on élève le côté gauche de l'opéré sur un coussin pour amener une évacuation plus rapide du foyer,

Suites opératoires. — Le malade, très affaibli et se nourris-

sant mal, ne semble d'abord pas pouvoir faire les frais de cette suppuration très abondante.

On doit le soutenir à l'aide de médications hypodermiques de sérum humain ; on ajoute à l'alimentation du jus de viande, du café et du champagne.

Quinze jours après l'intervention, le 22 mai, il présente de nouveau une ascension très considérable de la température.

L'incision trop vite cicatrisée et rétrécie doit être agrandie avec le doigt et on place de nouveau deux gros drains.

Avec le temps et grâce aux bons soins de la surveillante la situation s'améliore peu à peu et la suppuration diminue.

On utilise des lavages de la plaie avec du sérum humain et du liquide céphalo-rachidien.

Très lentement on arrive à mobiliser le membre inférieur droit fixé en flexion et rotation interne. A la fin du mois de juin il commence à se lever et la plaie est presque cicatrisée.

Avant son départ le D^r Lardennois, certain de trouver une altération de l'appendice comme cause de cette iliopsoïte et désireux d'éviter une récurrence, obtient de la famille l'autorisation d'aller à la recherche de cet appendice.

Opération le 24 juin 1908. — La fistule iliaque étant bien oblitérée avec du collodion, le chirurgien n'utilise pas son incision habituelle selon la technique de Mac Burney, mais l'incision de Jalaguier sur le bord externe du grand droit. Ainsi il s'éloigne le plus possible de la grande cicatrice et du foyer iliaque qui persiste.

L'appendice était en situation rétro-cæcale, mais peu adhérent. L'ablation très facile est pratiquée selon le procédé de Roux. On ferme la plaie sans drainage, puis on curette la fistule qui conduit encore profondément jusqu'au muscle iliaque.

Suites opératoires extrêmement bénignes. Réunion de la plaie par première intention. Guérison définitive de l'iliopectite suppurée.

Le malade rentre chez lui bien guéri le 5 août 1908 et depuis sa guérison s'est bien maintenue.

Examen de l'appendice dû à l'obligeance du Dr Téchoyres, professeur d'histologie à l'Ecole de Médecine. — « Il existe des traces non douteuses d'inflammation assez récente. Il y a une très grande quantité de follicules clos. Les éléments lymphoïdes sont prépondérants, beaucoup plus développés qu'à l'état normal. La sous-muqueuse épaissie est nettement infiltrée. Ces modifications de texture sont la trace anatomique de l'inflammation que l'on supposait exister. »

Réflexions. — Un vieux médecin aurait dans ce cas incriminé la fatigue du psoas dans l'acte répété de tourner le moulin à avoine comme Walther dans son article du *Traité de Chirurgie* incrimine le traumatisme répété chez un joueur d'orgue de Barbarie, obligé de porter son instrument sur la cuisse pendant tout le jour.

L'ablation d'un appendice présentant encore trois mois après le début des accidents des traces très nettes d'inflammation rend cependant comme infiniment probable l'origine appendiculaire de cette iliopectite. Dans cette observation le mal présentait une gravité particulière et même après l'intervention cette psoïtis parut montrer le tableau de la psoïte maligne à pronostic si sombre souvent décrite par les anciens auteurs.

Cette malignité peut être due au terrain, mais surtout au retard apporté à l'incision. Il faut penser à la psoïte.

maladie plus fréquente qu'on ne le croit communément, établir un diagnostic précoce et pratiquer une évacuation large dès qu'on acquiert quelque présomption d'une collection suppurée.

OBSERVATION V

(Due au D^r Lardennois)

Iliopsoïte gauche coïncidant avec graves lésions de périmérite et de périsalpyngite gauche. — Malgré l'ablation des annexes gauches, suppuration du psoas iliaque nécessitant l'ouverture ultérieure et le drainage de la collection.

D... Irma, dix-huit ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents et a toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment d'un accouchement qui eut lieu en mars 1908.

Au cours de cet accouchement elle fut infectée, présenta les jours suivants de la fièvre, du ballonnement abdominal et une réaction péritonéale assez intense.

Depuis elle est toujours souffrante.

Elle entre en juillet dans un autre service de l'hôpital, sort améliorée au bout d'un mois, rentre quelque temps après, sort de nouveau et finalement vient consulter le D^r Lardennois le 9 novembre.

Examen.— Cette jeune femme est très amaigrie et anémiée, minée par la douleur et la fièvre hectique. Elle présente de la température tous les soirs, le pouls est à 110. Il y a du météorisme abdominal et de la constipation.

La malade souffre plus à droite qu'à gauche. La palpation bimanuelle montre que tout le petit bassin est enflammé et

infiltré, le Douglas rempli et distendu, l'utérus fixé et immobilisé par des adhérences.

Après quelques semaines de traitement par le repos, la glace, les injections chaudes et les lavements chauds la situation s'améliore du côté de l'abdomen devenu plus souple et moins douloureux. L'examen montre l'existence d'une grosse masse dans le Douglas formée par les annexes gauches.

En même temps dans les premiers jours de décembre elle se plaint dans la région de la hanche gauche et peu à peu le membre inférieur gauche prend l'attitude caractéristique de l'iliopectine.

Comme il n'y a pas encore de suppuration on espère pouvoir enrayer cette complication en supprimant la cause de cette infection propagée au muscle.

Première opération le 23 décembre 1908. — Narcose au chloroforme, puis à l'éther. Plan incliné. Laparotomie sous-ombilicale. L'intervention est très pénible comme on pouvait le supposer. On doit sectionner l'épiploon et décoller à grand-peine de nombreuses anses intestinales qui accolées formaient une sorte de couvercle au-dessus du petit bassin.

En prenant de grandes précautions après avoir garni soigneusement le champ opératoire de compresses on arrive sur le foyer. On doit décoller et écarter la vessie en avant, alors l'utérus étant saisi au moyen de l'hystérolite, on peut découvrir et énucléer les annexes gauches très volumineuses et suppurées.

L'ovaire a la grosseur d'un œuf de pigeon, il est encadré par une trompe distendue et kystique présentant à son extrémité le volume du pouce.

Les annexes droites sont moins altérées. Etant donné l'âge

de l'opérée (dix-huit ans) on supprime seulement la trompe de ce côté et on conserve l'ovaire après avoir ouvert au thermocautère deux kystes qu'il présentait à sa surface. L'appendice, noyé au milieu d'anses intestinales et adhérentes, est enlevé. Comme la malade était très affaiblie et que l'anesthésie paraissait mal supportée, on ne pratique pas l'ablation de l'utérus et on se contente de pratiquer un large drainage, par le vagin au moyen d'un gros drain encadré de deux mèches de gaze stérilisée.

On péritonise au mieux les surfaces cruentées et infectées en réunissant le colon pelvien aux ligaments larges.

Au cours de l'intervention le Dr Lardennois avait bien examiné l'état du psoas iliaque, et avec son aide il avait remarqué très nettement que du côté de l'abdomen le psoas gauche était considérablement gonflé et augmenté de volume.

Cependant on ne constatait pas de fluctuation et pour éviter l'infection de la plaie médiane on ne crut pas devoir pratiquer d'incision à ce niveau.

Ce fut, objecte-t-on, une faute, mais on pouvait espérer une fois les annexes enlevées voir ces lésions secondaires rétrocéder et se terminer par résolution.

Les suites opératoires furent assez difficiles, mais avec la glace, avec l'emploi du sérum artificiel et même du sérum humain que le Dr Lardennois utilise depuis quelques mois dans son service, le malade pouvait être considéré comme hors de danger le cinquième jour. Le drain vaginal fut enlevé peu de temps après et l'état général paraissait sensiblement amélioré lorsque l'attention du chirurgien fut de nouveau attirée sur la psoïte. Le membre inférieur gauche reprit l'attitude pathognomonique. La douleur devint pulsatile et l'ascension vespé-

rale de la température indiqua la présence d'un foyer suppuré.

Seconde intervention. — Le 13 janvier sous une anesthésie rapide à l'éther on incise ce foyer et on place trois drains dans la plaie.

La cicatrice abdominale complètement réunie d'ailleurs est protégée par une couche de collodion riciné.

La suppuration, d'abord très abondante, diminua très rapidement et la malade rentrait chez elle le 27 février.

Depuis elle a été revue. Elle a repris son travail et paraît considérablement engraisée, mais au moment de ses règles elle a souffert beaucoup du côté droit et a présenté pendant quelques jours du météorisme abdominal.

Réflexions. — Ce cas montre nettement la propagation de l'inflammation périsalpyngienne au psoas iliaque. L'ablation des annexes probablement trop tardive n'a pu empêcher le développement de l'ilioypoite déjà trop avancée.

OBSERVATION VI

(Jean Roger. — *Presse médicale*, 15 septembre 1900.)

Appendicite et psoitis

L'auteur a vu le 17 juin 1898 un garçon de dix-neuf ans, pris quatre jours auparavant, brusquement et sans cause apparente, d'une douleur suraiguë dans la fosse iliaque droite. Vomissements, fièvre. Arrive à l'hôpital avec le diagnostic d'appendicite. Cependant, un symptôme surajouté frappait le regard ; la cuisse droite en demi-flexion et légère rotation externe est

soutenue dans cette position par la main du malade. C'était là un signe caractéristique de psoïtis. L'abdomen contracté rendait difficile l'exploration de la fosse iliaque; cependant on sentait à la palpation une tuméfaction étendue. La pression localisait la douleur au point de Mac Burney. Etat général grave; les vomissements n'ont pas reparus, mais la constipation est opiniâtre, le pouls est à 120 et la température atteint 40°1

A un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, incision de 12 centimètres à cheval sur le flanc et la fosse iliaque. Le péritoine pariétal sain laisse voir la masse intestinale libre de toute adhérence. Abscès probablement rétro-cæcal. On décolle la séreuse et on arrive sur le fascia, qui distendu par la collection purulente cède sous le doigt et laisse échapper un flot de pus fétide, mal lié, roussâtre, contenant des lambeaux de tissus musculaires.

Contre-ouverture dans la région lombaire. Lavage. Drainage. Mort le lendemain soir, six jours après le début des accidents.

Autopsie. — Intégrité de la cavité péritonéale, pas trace de péritonite, même dans la région cæcale. L'appendice appliqué dès son origine sur la face postérieure du cæcum par l'enveloppe séreuse péricæcale, affecte d'abord une direction ascendante, puis au niveau de la ligne de réflexion du feuillet viscéral dans le feuillet pariétal, il descendait avec ce dernier sur la fosse iliaque où il cheminait alors dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et entre le fascia et sa couverture séreuse. Après 3 centimètres de ce trajet descendant il semblait se terminer par une saillie arrondie due à un calcul. Terminaison apparente.

La fosse iliaque dépouillée de son revêtement péritonéal, on

vit que l'appendice, perforant le fascia se terminait sous le feuillet aponévrotique, au contact du psoas iliaque.

A la paroi antérieure de l'abcès était suspendu en battant de cloche l'extrémité libre de l'appendice gangrené, perforé, et ne tenant plus que par un fil au reste de l'organe.

Psoas, carré des lombes et muscle iliaque étaient en partie détruits par la suppuration. La cavité de l'abcès s'étendait en haut jusqu'au pôle inférieur du rein, mais en bas, ne dépassait pas le tiers moyen de la fosse iliaque.

L'absence de la propagation de l'inflammation au péritoine s'expliquait par l'adhérence intime de l'appendice au fascia, en son point de passage à travers l'aponévrose.

Les lésions siégeaient uniquement dans la portion sous-aponévrotique de l'organe.

OBSERVATION VII

(Paul Delbet. — *Progrès médical*, 13 décembre 1902.)

Iliopsoïte appendiculaire

14 juillet 1902. — Le malade est un vieillard de soixante ans affaibli par une maladie déjà longue, il est couché sur le dos, le bassin et le membre inférieur droit immobilisés par la douleur.

Le membre inférieur en rotation externe, la cuisse légèrement fléchie sur le bassin et la jambe sur la cuisse, repose sur le plan du lit par sa face externe. Il est fortement œdématié. Le pli de l'aîne est effacé par une tuméfaction diffuse qui franchit l'arcade crurale et se prolonge sur la partie inférieure de la paroi abdominale. Même gonflement des téguments qui recouvrent la crête iliaque ; la partie la plus élevée de la fesse et la région lombaire droite. En ce dernier point le gonflement est

assez considérable et les téguments présentent une rougeur, nettement perceptible quoique peu marquée. Le ventre est plat, légèrement rétracté à droite.

A l'exploration, le ventre souple dans ses deux tiers supérieurs, est un peu plus ferme dans sa partie inférieure droite correspondant à la fosse iliaque; cependant, il n'existe pas véritablement de défense musculaire. En déprimant largement la paroi, on arrive aisément sur la fosse iliaque; elle n'est le siège d'aucune tuméfaction perceptible, elle est partout unie. Le ventre est également sonore dans toutes ses parties.

Le doigt qui explore le pourtour de l'os iliaque provoque une douleur vive tout le long de la crête; même douleur à la pression tout le long du bord concave antérieur de l'os, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'épine pubienne.

L'œdème du membre inférieur est un œdème dur, pas de cordons indurés et noueux rappelant une veine thrombosée ou phlébitique. La moindre tentative faite pour redresser le membre provoque de la douleur. Malade affaibli, peau chaude, température 39 degrés, pouls 100 la veille au soir.

Le 14 au matin, température 38 degrés, pouls 90.

Il y a dix ans le malade fut pris subitement d'une sorte de colique très pénible siégeant dans la fosse iliaque droite; le ventre était tendre, la constipation opiniâtre, pas de vomissements. La crise dura deux heures.

Des crises analogues ont éclaté depuis cette époque à des intervalles variant de seize à dix-huit mois, si bien que si l'on admet que les accidents actuels relèvent, comme les précédents, de l'appendicite, ce serait la neuvième crise. Les phénomènes ont eu chaque fois les mêmes caractères et le Dr Choquart affirme que ce furent des crises appendiculaires bien nettes

traitées par cataplasmes et purgatifs doux, les accidents ont été chaque fois enrayés.

La crise actuelle a débuté il y a six semaines. Le 2 juin, le malade mal en train depuis quelques jours était dans les champs; il se sentit défaillir et tomba à terre. On dut le mettre dans sa voiture et le ramener chez lui. Les jours suivants l'appétit est nul, la constipation absolue, le ventre ballonné, mais le malade ne vomit pas. Trois jours de repos, des émollients, un purgatif léger font céder la constipation et le ballonnement. Toutefois l'amélioration n'est pas suivie d'une détente définitive. La température se maintient aux environs de 38 degrés, les fonctions digestives restent languissantes, le malade a des frissons de temps en temps et ne se sent pas la force de quitter son lit. Au bout d'un mois la maladie paraissait vouloir céder quand il y a quinze jours les douleurs ont reparu s'accompagnant de fièvres et de ballonnements du ventre, douleur toujours localisée à droite s'irradiant dans le ventre à l'exclusion des membres et sans vomissement. Peu à peu la jambe s'est fléchie sur la cuisse et la cuisse sur le bassin. C'est seulement depuis le 13 au soir que le ventre s'est affaissé et que l'œdème du membre inférieur est apparu.

Diagnostic de psoïtis. Opération le 14 juillet à 4 heures. Chloroforme. Incision de Roux. Le péritoine ouvert ne présente aucune altération. Les anses grêles flottantes sont refoulées en dedans, le cæcum est aplati et normal. Mais la main sent derrière lui une masse un peu allongée ayant le volume d'une forte

Il semble que ce soit l'appendice pelotonné derrière le cæcum. La cavité abdominale protégée à l'aide de compresses, le cæcum est refoulé en dedans, l'opérateur cherche à décoller les adhérences de dehors en dedans, mais à peine a-t-il insinué le

doigt entre la fosse iliaque et ce qui paraît être l'appendice que du pus s'échappe. Il est épongé à mesure pendant que la masse s'affaisse en proportion ; l'appendice occupe la partie interne il est lié, isolé et extirpé, il est volumineux. Congestionné, malade dans ses trois tiers inférieurs, sain au contraire au voisinage du cæcum.

La fosse iliaque débarrassée le cæcum refoulé on peut constater l'état des parties : le foyer rétrocæcal n'a que 3 centimètres de diamètre mais il s'étend en profondeur.

Le doigt s'engage dans un orifice de 2 cm. $1/2$ de diamètre qui paraît taillé à l'emporte-pièce. A cet orifice fait suite un canal creusé à travers toutes les parties molles de la fosse iliaque jusqu'au muscle qui est lui-même envahi.

OBSERVATION VIII

(Ménétrier, 1901. — *Bulletin et mémoires de la société anatomique*).

Abcès iliaque consécutif à une appendicite ancienne

Douleur autour de la hanche droite, œdème dur. Incision. Issue de pus à odeur infecte avec gaz. Mort.

Autopsie. — On constate que la tuméfaction remplit toute la fosse iliaque droite, remonte jusqu'à la crête iliaque et descend jusqu'à l'arcade de Fallope. En dedans elle est limitée par le psoas dont elle dépasse le bord externe. Le péritoine est dépoli.

On excise le péritoine et on enlève le cæcum et l'appendice avec la paroi supérieure de l'abcès dans lequel on tombe. On

arrive sur l'os iliaque à travers la bouillie des fibres du muscle iliaque. Les fibres externes du psoas ont disparu. L'appendice est collé contre la paroi gauche du cæcum, sa partie inférieure est en contact en arrière avec la paroi iliaque.

On introduit une sonde par le cæcum et on incise. On trouve à la partie inférieure du conduit normal une cavité close séparée par une cloison fibreuse et remplie de pus analogue à celui de l'abcès. La sonde introduite dans cette cavité pénètre dans l'abcès iliaque.

OBSERVATION IX

(Coste, 1905.)

Psoïtis simulant une appendicite

L'auteur signale un cas de psoïtis survenu chez une femme ayant eu une appendicite remontant à quinze jours. Abcès et pus. Mort par cachexie pâlustre.

Autopsie. — On a trouvé l'appendice sain (il n'y a pas eu d'examen histologique et il paraît y avoir là, dans les termes de l'auteur, une contradiction). Dans ce cas, il se peut que l'inflammation appendiculaire très légère ait été guérie, celle-ci ayant pu cependant se propager au psoas.

L'examen histologique aurait pu d'ailleurs déceler des traces d'infection dans cet appendice sain en apparence.

OBSERVATION X

(Blanc et Nitant. — *Loire médicale*, 1900.)

Notes sur un cas de psoïtis suppuré d'origine appendiculaire

Marie C..., trente-trois ans, entrée à l'hôpital le 22 janvier 1900. En 1898, buvant un verre d'eau, elle ressentit une dou-

leur dans la fosse iliaque droite. La sensation de douleur disparut en huit jours et elle reprit son travail quoique encore endolorie.

Mais quelque temps après la douleur recommence, vive, et on la soigne pour une syphlite (sangsue, purgatif, lavement, diète) fièvre, au bout de quinze jours la cuisse se fléchit sur le bassin en abduction légère et en rotation en dehors. Le tronc est incliné du côté malade.

Trois semaines après le début de cette attitude un abcès fait saillie à la face antéro-interne de la cuisse droite, au-dessous de l'arcade de Fallope. On incise, issue considérable de pus à odeur fétide. Drainage pendant trois mois. Le pus tarit incomplètement et une fistule persiste.

En mars 1899 on fait un grattage et un drainage et la malade retourne chez elle. Trois semaines après, mais au bout de huit jours de violentes douleurs éclatent dans la fosse iliaque droite s'irradiant à la cuisse où l'on constate du gonflement et de l'œdème. Des matières fécales sortent par la fistule pendant deux mois puis seulement du pus. Donc deux ans après le début de l'affection il persiste encore une fistule et une attitude vicieuse.

26 janvier 1900. — On opère la malade. On trouve l'appendice accolé à la paroi postérieure du cæcum adhérent à l'aponévrose du muscle iliaque qui est dur, sclérosé, et présente une ulcération de la grandeur d'une pièce de 1 franc.

Une sonde introduite par la fistule pénètre dans l'appendice. Résection. Le malade sort complètement guéri le 25 mai.

OBSERVATION XI

(Leclerc, 1798. — *Anjou médical.*, t. V.)

Psoïte aiguë suppurée

Dans cette observation l'auteur cite le cas d'un jeune soldat atteint de psoïtis dont il attribue l'origine à une déchirure des fibres du psoas.

Cependant il se pourrait que la suppuration ici soit due à une appendicite ancienne car il fait remarquer que « le pus couleur crème chocolat, contient un semis assez abondant de petits grains noirs, semblables à du tabac à priser, d'odeur nauséabonde et un peu fécaloïde ».

Et il ajoute qu'il a vu un opéré d'appendicite dont le pus présentait les mêmes particularités.

Il est regrettable ici qu'on n'ait pu examiner l'appendice.

CONCLUSIONS

1° On doit appeler iliopsoïte et non psoïte la suppuration du muscle psoas iliaque ;

2° Il n'existe pas d'iliopsoïte essentielle ; celle-ci est toujours secondaire à une inflammation de voisinage ;

3° Etant donné la fréquence des iliopsoïtes droites il est logique et rationnel de penser que ces iliopsoïtes sont dues à des appendicites plus ou moins latentes ;

4° Une disposition anatomique spéciale favorise souvent la propagation de l'inflammation péri-appendiculaire au muscle psoas iliaque ;

5° De nombreuses observations montrent le bien-fondé de cette hypothèse ;

6° Comme conséquences de cette étiologie il faut dans toute iliopsoïte immédiatement ou secondairement pratiquer l'ablation de l'appendice ;

7° Si l'iliopsoïte n'est pas traumatique si elle est due à une appendicite on ne peut pas la considérer comme un accident de travail.

Vu le Président de la thèse,

RECLUS

Vu le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Chassaignac.* — Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical, t. II.
- Marcano.* — De la psoïte traumatique. Thèse de Paris, 1877.
- Polaillon.* — Embolie cardiaque ayant causé la mort subite au cours d'une psoïte suppurée. Bull. et Mém. de la Société de chirurgie, t. IV. Paris, 1879.
- Condamin.* — Trépanation du bassin comme traitement de la psoïte. Thèse de Lyon, 1888.
- Vincent.* — Dictionnaire Dechambre. Article psoïtis.
- Leplat.* — Arthrite sacro-iliaque purulente. Psoïtis suppuré. Journal des Sciences médicales de Lille, t. II, 1889.
- Villeneuve.* — Psoïte post-puerpérale. Clinique Chirurgie de Marseille, t. I, 1888-1889.
- Gangolphe.* — De la trépanation du bassin dans le traitement de la psoïte suppurée. Revue de Chirurgie. IX-XVII. Paris, 1889.
- De l'attitude du membre inférieur dans la psoïte suppurée. Signification pratique. Lyon Médical, 1890.
- Ricord.* — Typhlite, pérityphlite et appendicite. Gazette des Hôpitaux, 1891.

- Libouroux*. — Archives provinciales de Chirurgie, 1892.
- Courand*. — Psoïtis et appendicite. Thèse de Lyon, 1894-1895.
- Gangolphe*. — Psoïtis et appendicite. Lyon Médical, 1894.
- Heurtaux*. — Dictionnaire Jaccoud. Article psoïtis.
- Petit* (Alexis). — Contribution à l'étude de la psoïte. Thèse de Paris, 1898-1899.
- Liot*. — Traité de Chirurgie. Le Dentu-Delbet, 1896. Article psoïtis.
- Griffault et Moreau*. — Sur un cas de psoïte. Poitou Médical, t. XI, 1897.
- Leclerc*. — Psoïte aiguë suppurée. Anjou Médical, t. V, 1898.
- Jeandidier*. — Traitement du psoïtis aigu. Thèse de Lyon, 1899-1900.
- Blanc et Vitaut*. — Note sur un cas de psoïte suppurée d'origine appendiculaire. Loire Médicale, chap. XIX, 1900.
- Roger* (Jean). — Appendicite et psoïtis. Presse Médicale, 15 septembre 1900.
- Chavannaz et Hobbs*. — Ostéomyélite aiguë du bassin à foyers multiples. Journal de Médecine de Bordeaux, n° 29, 1900.
- Morestin*. — Les formes bénignes du psoïtis. XIII^e Congrès International Chirurgie générale. Paris, 1900.
- Ménétrier et Hébert*. — Bulletin et Mémoires de la Société d'Anatomie, III, 635-637, 1901.
- Lardennois*. — Du psoïtis. Union Médicale du N. E., 15 janvier 1901.
- Delbet* (Paul). — Iliopsoïte appendiculaire. Progrès Médical, 15 décembre 1902.

Lardennois. — Iliopsoïte appendiculaire. Congrès de Chirurgie. Paris, 1907.

Caste. — Psoïtis simulant une appendicite, 1905.

Bessan. — Du psoïtis secondaire à évolution tardive, d'origine infectieuse puerpérale. Journ. des Soc. Med. de Lille, t. I, 1903.

Le Dentu. — Cliniques chirurgicales de l'hôpital Necker. Paris, 1904

Wood. -- Post-puerpéral psoïtis. Annals Surgery. Philadelphie, t. XXIX, 1899.

Walther. -- Traité de Chirurgie Duplay-Reclus, 1902. Article psoïtis.

